REGIONE LAZIO
SCHEDA PRESCRIZIONE
TOSSINA BOTULINICA

Paziente	C.F.
Data di nascita _____/_____/_____	Sesso M ☐ F ☐
Residenza	Domicilio
Diagnosi: patologia di base:	

U.O. Richiedente_____ *Data*_____

Farmaco:_____ Quantità richieste U:_____

Indicazioni terapeutiche registrate :

☐ Distonia Cervicale/Torcicollo Spasmodico
☐ Blefarospasmo
☐ Spasmo Emifacciale
☐ Distonie focali associate al blefarospasmo ed allo spasmo emifacciale
☐ Paralisi Cerebrale Infantile
☐ Spasticità Post Ictus
☐ Iperidrosi Ascellare
☐ Incontinenza urinaria in adulti con iperattività neurogena del detrusore della vescica
☐ Emicrania cronica

Indicazioni terapeutiche off-label consolidate – Lista AIFA farmaci neurologici (L.648/96)

☐ Spasticità
☐ Distonie focali e segmentarie
☐ Iperidrosi focale
☐ Disfunzioni Vescico-Uretrali di origine neurologica (somministrazione intravescicale)
☐ Scialorrea da cause diverse in pazienti pediatrici
☐ Trattamento sintomatico del morbo di Hirshsprung

Durata del ciclo terapeutico:_____

Intervallo di somministrazione:_____

Note precrittive:_____

M03AX01 - TOSSINE BOTULINICHE DI TIPO A

Indicazioni autorizzate	Distonia cervicale/ Torcicollo spasmodico	Blefaro-spasmo	Spasmo emifacciale	Distonie focali associate al blefarospasmo ed allo spasmo emifacciale	Paralisi Cerebrale infantile	Spasticità post-ictus adulto	Iperidrosi ascellare	Incontinenza urinaria in adulti con iperattività neurogena del detrusore della vescica	Emicrania cronica
BOTOX®	SI	SI	SI	SI	SI	SI*	SI	SI	SI
DYSPORT®	SI	SI	SI	NO	SI	SI**	NO	NO	NO
XEOMIN®	SI	SI	NO	NO	NO	SI***	NO	NO	NO

* Spasticità del polso e della mano
** Spasticità dell'arto superiore ed inferiore
***Spasticità del polso flesso e pugno chiuso

Medico Richiedente_____

Telefono _____

Firma e Codice _____

(vers.1_aggiornata al 30 /04/2013)